

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N^o 345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jules PARESSANT

Né le 11 Février 1917, à Herbignac (Loire-Inf^{re}).

Présentée et soutenue publiquement le 9 DEC. 1942 19

LES PRÉSENTATIONS DYSTOCIQUES DU SIÈGE

ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC,
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Président: M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jules PARESSANT

Né le 11 Février 1917, à Herbignac (Loire-Inf^{te}).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

LES PRÉSENTATIONS DYSTOCIQUES DU SIÈGE

ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC,
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Président: M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	
Pathologie expérimentale comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Henri BENARD.
	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
	LAIGNEL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	BROCC.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		
AMELINE	Pathologie gicale.	chirur-
BARIETY	Pathologie cale.	médi-
BERNARD Etienne.	Pathologie cale.	médi-
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	
BONNET	Bactériologie	
BOULIN	Pathologie cale.	médi-
BROUET	Pathologie cale.	médi-
BULLIARD	Histologie.	
CACHERA	Pathologie cale.	médi-
CORDIER	Anatomie.	
COSTE	Pathologie cale.	médi-
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.	
DELARUE	Anatomie patholo- gique.	
DELAY	Pathologie cale.	médi-
DESGREZ (H.)	Physique.	
DESOILLE	— Médecine légale.	
DIGONNET	Obstétrique.	
DOGNON	Physique.	
FEVRE	Pathologie gicale.	chirur-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie gicale.	chirur-
GALLIARD	Parasitologie.	
GARCIN	Pathologie cale.	médi-
Mlle GAUTHIER-	Anatomie patholo- gique.	
VILLARS		
DE GENNES	Pathologie cale.	médi-

MM.		
HAGUENAU	Pathologie cale.	médi
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.	
LAVIER	— Parasitologie.	
LELONG	Pathologie cale.	médi-
LEMAIRE	Pathologie mentale.	expéri-
LENEGRE	— Pathologie cale.	médi-
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
MARCHAL	Pathologie cale.	médi-
MENEGAUX	Pathologie gicale.	chirur-
MOLLARET	Pathologie cale.	médi-
MOUQUIN	Pathologie cale.	médi-
PATEL	Pathologie gicale.	chirur-
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie gicale.	chirur
RENARD	Ophthalmologie.	
RICHET	Physiologie.	
SENEQUE	Pathologie gicale.	chirur-
SICARD	Pathologie gicale.	chirur-
SOULIE	Pathologie cale.	médi-
SUREAU	Obstétrique.	
TURPIN	Pathologie cale.	médi-
WILMOTH	Pathologie gicale.	chirur-

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		
ALGLAVE	Pathologie gicale.	chirur-
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	
GUENIOT	Obstétrique.	
HEITZ-BOYER	Pathologie gicale.	chirur-

MM.		
HUGUENIN	Anatomie Patholo- gique.	
LE LORIER	— Obstétrique.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.	
VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A qui je dois tout,

A MA BELLE-MERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique d'Accouchement
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'interne et qui nous a
inspiré le sujet de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JARROUSSE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*Qui a eu l'obligeance de nous
procurer quelques-unes de ses
observations.*

Expression de notre gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT.

(*in Memoriam.*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD.

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUVIGNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER (*in Memoriam.*).

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHAT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BUREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN.

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRAILLE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOISNARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-U. MONNIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSEAU.

A MES AMIS ET PREMIERS MAITRES

LE DOCTEUR COLAS.

LE DOCTEUR RIOU.

LE DOCTEUR VIAUD.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES CAMARADES

INTRODUCTION

La présentation du siège est presque toujours une éventualité sérieuse et ce n'est pas sans une certaine appréhension que l'accoucheur accepte de donner des soins à une femme enceinte dont l'enfant se présente dans ces conditions. En effet, si parfois le siège est une présentation qui n'offre aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant, il est des cas assez nombreux où de sérieux éléments de gravité peuvent en faire une véritable dystocie. Selon l'expression de LAFFONT, il y a les « bons et les mauvais sièges ».

Nous voulons examiner ici le pronostic de la présentation du siège, les éléments cliniques qui permettent de poser le diagnostic de présentation dystocique et enfin quelle doit être la conduite à tenir dans les cas semblables.

PRONOSTIC

Le pronostic fœtal est généralement peu favorable. La mortalité infantile est élevée, en particulier dans les sièges décomplétés et surtout chez les primipares. Dans le siège complet, le pronostic serait un peu meilleur, mais chez les primipares âgées quel qu'en soit le mode, la présentation du siège est grave.

Certes l'amélioration de la technique obstétricale a beaucoup diminué la mortalité fœtale, mais elle est encore telle que VIGNES a pu dire : « la présentation du siège et, plus particulièrement, la présentation du siège décomplété primitif ou même secondaire, comporte, on le sait, un pronostic assez grave pour devoir être considérée comme une dystocie » (Physiologie Obstétricale Normale et Pathologique). La même opinion est formulée par le Professeur PINARD dans son traité du palper abdominal.

LE PRONOSTIC MATERNEL n'est grave que dans le cas d'interventions intempestives quand en particulier, on pratique une extraction avant dilatation complète, d'où risques de déchirures du col, du vagin

et du segment inférieur. Des déchirures périnéales complètes et même compliquées sont à craindre chez la primipare au moment du passage de la tête dernière. Ceci pour la morbidité. De 1933 à fin 1936, à la Maternité d'Alger, la morbidité maternelle a varié entre 20 et 25 %. RASMUSSEN de Copenhague note 60 % de déchirures périnéales incomplètes et 1.8 % de déchirures complètes.

La mortalité maternelle est à peine supérieure à celle qu'on observe dans la présentation du sommet.

LE PRONOSTIC FŒTAL est beaucoup plus réservé.

La morbidité s'est révélée assez rare si on élimine les enfants nés étonnés puis ranimés et les enfants avant présenté un défaut d'accroissement du poids plus ou moins prolongé. Toutefois, les fractures de l'humérus au cours de manœuvres d'abaissement des bras sont encore assez fréquentes.

La mortalité est au contraire très importante.

LES STATISTIQUES à ce point de vue sont éloquentes :

— Dans une statistique déjà très ancienne, Madame LACHAPELLE, sur 790 accouchements par le siège, trouve 575 enfants vivants, 98 faibles et 101 morts.

— Plus récemment, les statistiques sont également élevées : BRINDEAU en réunissant diverses statistiques trouve une mortalité moyenne de 15 %.

— STUDDIFORD, dans une statistique faite au « *Sloane Hospital* » trouve que la mortalité directement imputable à la présentation du siège évolue entre 6,2 % et 16,4 %. « Dans la plupart des séries, elle évolue autour de 10 % » dit-il.

— Le Docteur RASMUSSEN élève de HAUCH de Copenhague a fourni sur 400 cas une mortalité de 14,2 %.

— VAUDESCAL à la clinique Tarnier a réuni 376 cas de présentation du siège entre 1925 et 1928. En additionnant les 35 enfants qui sont nés morts ou ont succombé après quelques mouvements respiratoires, et les 14 enfants qui ont succombé dans les 12 jours qui ont suivi l'accouchement, arrive à une mortalité de 49 enfants, soit 12,75 %.

— Mlle Yvonne POULAIN (Thèse Paris 1926) dans sa statistique faite à la Clinique Tarnier, trouve une mortalité de 12,5 % chez les primipares et de 6,9 % chez les multipares, soit une moyenne de 11 %.

— GOLDSTEIN (Thèse Paris 1936), dans une statistique faite à la Maternité de la Pitié, note sur 693 accouchements par extrémité pelvienne, 72 cas de mort fœtale, soit 10,38 %.

— VACHER (Thèse Paris 1936) dans une statistique faite à Lariboisière de 1926 à 1936, relève 42 cas de mort sur un total de 294 accouchements par le siège, soit 14,2 %.

— TUROTTE (Thèse Paris 1938) dans une statistique faite à la Maison Maternelle Nationale de Saint-Maurice, sur 341 accouchements par le siège note 26 cas de morti-natalité et 13 enfants morts dans les 10 jours qui ont suivi l'accouchement, soit 12 %. 22 cas seraient dûs uniquement à la présentation, soit 7 %.

L'analyse de 3.301 cas de présentation du siège à l'hôpital Brooklyn de New-York donne une mortalité globale aux environs de 12 %.

— Selon les statistiques de LAFFONT, Le pronostic serait encore beaucoup plus mauvais puisque BONNARD (Thèse Alger 1936) note, en 1933 à la Maternité Clinique d'Alger une moyenne de mortalité fœtale de 52 % pour les présentations du siège. Il est vrai que nombre de parturientes (surtout indigènes) viennent tardivement à la Maternité en pleine dystocie terminer un travail depuis longtemps commencé chez elles.

Il est juste de rappeler en terminant cette rapide revue de statistiques qu'elles s'appliquent presque toutes à des Maternités hospitalières ou à des cliniques où évidemment sont envoyés de préférence les cas difficiles. A l'encontre, il faut reconnaître avec VAUDESCAL que les conditions dans lesquelles on pratique les accouchements dans ces établissements, les possibilités que l'on a de surveiller à tout moment la femme en travail et aussi l'habileté et l'expérience des spécialistes qui sont appelés à y intervenir font des chiffres

recueillis des chiffres optima. Quoi qu'il en soit, ces chiffres sont élevés et nous allons examiner les causes de cette grande mortalité fœtale.

CAUSES DE LA MORTALITE FŒTALE.

Les causes de cette mortalité sont nombreuses :

1°) — *C'est d'abord la longueur du travail et la durée de l'accouchement.* Si l'accouchement traîne en longueur, surtout au moment du dégagement de la tête, le fœtus a bien des chances de succomber, c'est pourquoi le pronostic des accouchements par le siège chez les primipares est particulièrement défavorable, la primiparité retardant le dégagement des épaules et de la tête.

2°) — *Une autre raison très fréquente et sur laquelle insiste M. le Professeur PORTES, c'est la rupture prématurée des membranes.* On l'observe souvent, chez les femmes qui ont une présentation du siège, dès les premières douleurs. Et le fait que la poche des eaux s'est rompue de façon prématurée, est une cause de souffrance du fœtus. C'est un point sur lequel METZGER a insisté : quand l'utérus se vide tôt, les conditions de la vie du cordon ne sont plus les mêmes, la circulation ne s'y fait plus aussi facilement et très rapidement la respiration placentaire est entravée.

3°) — *Un autre élément important intervient*

c'est la valeur de la contraction utérine. Quant l'ovoïde fœtal est régulier la contraction utérine a une tendance à être plus efficace. C'est le cas quand il s'agit de présentation du sommet. Au contraire, dans la présentation du siège, surtout du siège décomplété, les contractions ont tendance à être inefficaces et souvent la rétraction s'observe soit au cours même de la dilatation soit au moment où la tête arrive dernière. Dans ce cas, on observe fréquemment de la rétraction de l'anneau de Bandl, d'où difficulté de l'extraction de cette tête dernière et nécessité de manœuvres particulières. Il en est de même quand la fibre utérine fatiguée entre en état d'inertie, que le travail s'arrête et qu'il est nécessaire de terminer l'accouchement par une extraction plus ou moins difficile. Les tractions nécessaires sont toujours dangereuses pour l'enfant : lorsqu'on tire sur le bloc fœtal, on aboutit, même en tirant synchroniquement avec les contractions, à disloquer ce bloc et c'est ainsi que se produit le relèvement des bras, la déflexion de la tête, obstacles parfois incoercibles à l'extraction de l'enfant vivant. Les fractures des membres, de la clavicule ou du bassin sont toujours graves. Les ruptures ou hémorragies des organes abdominaux sont des accidents mortels.

Au moment du dégagement de la tête dernière, les dangers sont encore plus grands. La manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES lorsqu'elle est nécessaire est

surtout meurtrière. BONNARD (Thèse Alger 1939) donne une mortalité de 67,6 % dans 34 cas où elle a été pratiquée. Les tractions sur le cou peuvent provoquer une élongation ou une déchirure des racines antérieures du plexus brachial. On peut voir des étirements de la colonne vertébrale, des dislocations des vertèbres, en particulier au niveau de l'atlas- et de l'axis pouvant aboutir à la rupture de la moelle ou tout au moins à des hémorragies au niveau des méninges ou des centres nerveux. L'hémorragie méningée surtout est un accident très fréquent à propos duquel nous rappelons la pathogénie vraisemblable invoquée par Monsieur DEMELIN d'une hypertension intra-cérébrale à l'occasion du refoulement vers le crâne du liquide céphalo-rachidien et du sang du canal rachidien. L'accident le plus fréquent et le plus grave est certainement la fracture du crâne. Elle s'accompagne toujours de lésions de la table interne et de la dure-mère; d'où des hémorragies intra-crâniennes et méningées dont les symptômes sont variables. Même lorsque l'enfant a pu être ranimé assez rapidement, il présente, dans les jours qui suivent la naissance, des convulsions, des accès de cyanose et ne tarde pas à succomber.

4°) — *Un autre gros risque pour l'enfant c'est l'asphyxie.*

Soit asphyxie par établissement prématuré des

mouvements respiratoires qui se produit presque inévitablement à partir de l'instant où le fœtus est partiellement dégagé ou bien lorsqu'on touche par mégarde le thorax de l'enfant dans une manœuvre ayant pour but d'aider au dégagement. En plus de l'asphyxie, ces mouvements respiratoires prématurés font courir ultérieurement à l'enfant des risques de mort par broncho-pneumonie dûe à l'aspiration des liquides contenus dans le vagin et l'utérus au cas où ces liquides seraient infectés.

Soit asphyxie par compression du cordon : la moins bonne accommodation de la présentation entraîne une plus grande fréquence de procidence du cordon. Cette procidence est relativement négligeable tant que le cordon n'est comprimé qu'entre des parties molles, mais il en est bien autrement lors de l'engagement de la tête : la compression du cordon est alors à peu près totale ; si le dégagement de la tête n'est pas mené rapidement la vie du fœtus est fortement compromise. D'autre part, la compression de la tête qui peut causer une sorte de commotion cérébrale et surtout bulbaire avec asphyxie blanche, peut aussi déterminer la mort du fœtus.

5°) — Enfin, un autre danger tout particulier à la primipare et surtout à la primipare âgée, *c'est la résistance des parties molles* qui souvent coïncide avec un enfant volumineux. Or, ces femmes qui très proba-

blement n'auront pas d'autres enfants, tiennent beaucoup plus que les autres à avoir non seulement un enfant vivant mais encore à ne faire courir aucun risque à leur enfant.

HISTORIQUE

En présence de ces difficultés qui aggravent si fortement le pronostic, deux solutions se présentent aux accoucheurs : soit tourner l'obstacle et intervenir par voie haute, soit agrandir le bassin par une des opérations de pelvitéomie.

A propos du siège comme à propos du sommet renaît l'opposition entre ces deux opérations. Certains accoucheurs en particulier CATHALA, LE LORIER se sont faits les défenseurs de la pelvitéomie, et, à l'occasion de présentation de siège présumé dystocique, ont conseillé, en cas de rétention tête dernière, une symphysiotomie par exemple par le procédé devenu classique de ZARATE. Ils ont même parfois conseillé en prévision de ces dystocies de la tête dernière de passer à l'avance une scie de Gigli derrière le pubis pour être tout prêt à ouvrir le bassin par une pubiotomie en cas de besoin.

A l'encontre, plus récemment, un certain nombre d'accoucheurs encouragés par la pratique de la césarienne basse lui ont donné la préférence.

VAUDESCAL dans sa leçon du jeudi soir de la Clini-

que Tarnier en 1931 sur le pronostic de l'accouchement par le siège note le fait que la présentation du siège peut être considérée dans certains cas comme un facteur pouvant intervenir dans la décision opératoire.

Le fait est également noté dans la thèse de GILBERT (Paris 1935) « De l'extension des indications de la césarienne abdominale ».

Monsieur le Professeur PORTES dans un article paru dans « la Médecine » de la même année insiste sur l'indication éventuelle de la césarienne dans la présentation du siège chez la primipare.

A la suite d'une communication faite par MM. VORON et BROCHIER à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon le 5 février 1934, ANDERODIAS et PERY ont dégagé dans un mémoire paru dans « Gynécologie et Obstétrique » d'août 1935 les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège.

En novembre de la même année, MM. BRINDEAU et LANTUEJOUL ont publié huit cas de césariennes pour fœtus en présentation du siège.

La question a fait l'objet d'une question du Jeudi soir à la Clinique Tarnier en 1936 par M. LANTUEJOUL : « Considérations sur la présentation du siège chez la primipare ».

Depuis la question a été souvent reprise et diversement interprétée.

OBSERVATIONS

Il nous a semblé intéressant de rassembler quelques cas de sièges dystociques par eux-mêmes ou par leur association avec d'autres dystocies; nous avons recherché à la Maternité Clinique de Nantes dans le service du Professeur LEROUX les observations de sièges dystociques depuis 1937. D'autre part, le Professeur LEROUX et le Docteur JARROUSSE ont eu l'obligeance de nous communiquer quelques observations de leur clientèle privée. Nous avons pu relever ainsi quelques cas malheureux d'extractions par voie basse et 12 observations de césariennes segmentaires.

Voici tout d'abord quelques observations d'accouchement du siège par manœuvres obstétricales ayant abouti soit à des échecs, soit à des difficultés graves pour la vie de l'enfant.

OBSERVATION N° 1 (Docteur LEROUX)

Mme H..., 30 ans, III pare.

— Premier accouchement en 1930 : normal.

— Deuxième accouchement en 1932 : normal.

— Entre à terme le 16 octobre 1938 à la Maternité clinique. Rupture spontanée des membranes le 15 octobre à 20 heures. Présentation du siège en S. I. G. A. Bassin normal. Dilatation complète. Les bruits du cœur sont bons. A 7 heures les pieds apparaissent à la vulve avec une anse de cordon. On pratique alors une extraction du siège (Docteur LEROUX). L'enfant faisant des mouvements respiratoires, on fait l'abaissement des bras et on essaie de terminer l'accouchement par manœuvre de MORICEAU, mais la tête est très difficile à extraire, le col s'étant refermé sur elle. Une application de forceps est tentée sur la tête dernière, application très difficile. Finalement la tête sort d'un coup.

Enfant de 2 kg. très difficile à ranimer.

OBSERVATION N° 2 (Docteur LEROUX)

Mme B..., 23 ans, I pare.

Entre le 16 novembre 1939 dans un état prééclamp-tique avec albuminurie, œdèmes, tension artérielle 16-10. Gros enfant. Parties molles rigides. Dilatation incomplète. On fait du sérum glucosé à 40 % intraveineux et on attend. Les bruits du cœur faiblissent. Grande extraction du siège très pénible dans un utérus vide d'eau.

Enfant mort. Poids 4 kg. 100.

Déchirure du périnée intéressant le sphincter, respectant la cloison.

Suites de couches infectieuses. Suppuration du périnée. Réaction pleurale de la base droite.

OBSERVATION N° 3 (Docteur LEROUX)

Mme G..., 32 ans, VI pare.

— Cinq premiers accouchements normaux.

— Envoyée par le Docteur CLENET de Cugand pour présentation du siège compliqué. A l'arrivée : siège décomplété mode des fesses. Bruits du cœur très faiblement perçus. Col épais œdématisé en avant et en arrière.

Il est fait 2 ampoules de spasmalgine.

A 11 heures 30, grande extraction du siège sous anesthésie générale. (Docteur LEROUX). Abaissement du pied gauche, traction qui demande à être extrêmement forte; extraction assez facile du siège. Relèvement des deux bras qui sont abaissés assez péniblement avec fracture des clavicules; manœuvre de MORICEAU sur tête dernière qui vient facilement.

Enfant mort.

Poids 4 kg.

Délivrance artificielle.

OBSERVATION N° 4 (Docteur LEROUX)

Mme S..., 35 ans, I pare.

Entre le 16 juillet 1940. Présentation siège décomplété mode des fesses S. I. G. A. Poche des eaux rompue spontanément depuis 5 jours. Extraction assez pénible. L'enfant naît en état de mort apparente. On fait la désobstruction des voies respiratoires, une piûre de lobeline et un bain sinapisé. L'enfant fait quelques mouvements

respiratoires, mais succombe quelques instants après.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 5 (Docteur LEROUX)

Mme B..., 29 ans, V pare.

— Premier accouchement en 1933. — Présentation céphalique; accouchement très lent. Gros enfant cyanosé qui meurt deux jours après.

— Deuxième accouchement en 1936. — Présentation céphalique application de forceps très difficile. Enfant vivant.

— Troisième accouchement en 1938. — Présentation céphalique césarienne après application vaine des forceps.

— Quatrième accouchement en 1939. — Présentation du siège. — Accouchement fait spontanément.

— Entre le 4 octobre 1941 à 20 heures. Pochie des eaux rompue depuis 4 heures. Hauteur utérine 29 cm. Au toucher dilatation complète. Siège complet. On sent en outre une procidence du bras gauche. En raison de la petite taille présumée de l'enfant, on décide de faire l'extraction du siège par voie basse. Extraction sous anesthésie générale. Difficulté pour abaisser les pieds. Le bras droit relevé doit être abaissé après rotation. Le tronc passe sans difficulté, mais la tête reste haute au détroit supérieur, son abaissement est très difficile. C'est à l'extrême limite qu'elle peut passer le détroit supérieur. Au cours de l'extraction l'enfant fait plusieurs mouvements respiratoires. L'enfant naît en état de mort apparente. Il est assez difficilement ranimé.

Délivrance artificielle.

Poids 3 kg.

Un enfant un tant soit peu plus gros n'aurait sans doute pu être extrait. Notion à retenir en cas d'accouchement ultérieur.

OBSERVATION N° 6 (Docteur LEROUX)

Mme A..., 20 ans. I pare.

Entre le 14 octobre. Rupture de la poche des eaux à 21 heures 30. Siège décomplété mode des fesses. Bassin normal. Gros œdème de la vulve. Grande extraction du siège le 15 octobre à 12 heures. Extraction difficile. Déchirure du périnée incomplète étendue.

Enfant mort. Poids 3 kg. 550.

OBSERVATION N° 7 (Docteur LEROUX)

Mme C..., 35 ans, IV pare.

— Premier accouchement : siège volumineux. Malade envoyée à la Maternité clinique pour dystocie du siège. Siège décomplété mode des fesses. Dilatation complète. Siège bien fixé, bruits du cœur modifiés. On fait une grande extraction du siège laborieuse et amenant un enfant mort-né.

Poids 4 kg. 200.

— Deuxième accouchement : sommet — forceps facile.

— Entre le 14 mars 1942 — œuf ouvert — dilatation à 2 francs — Tête très haute débordant de partout. Bassin rétréci. Bruits du cœur bons. On décide en raison de la hauteur de la présentation et du défaut d'engagement de faire une césarienne. Césarienne basse segmentaire sous rachi-anesthésie. ♦

Enfant vivant : 3 kg. 250.

La femme sort le 31 mars en bon état.

OBSERVATION N° 8 (Docteur JARROUSSE)

Mme X..., 33 ans, IV pare.

— 2 premiers accouchements : enfants vivants par forceps difficiles.

— Troisième accouchement : enfant mort par extraction du siège avec rétention de la tête dernière. Il y aurait même eu rupture de la colonne cervicale avec déchirure complète et compliquée du périnée.

— Cette fois l'enfant est en siège complet. La dilatation est extrêmement lente, le siège ne descendant pas. A dilatation de paume de main, on constate une procidence du cordon. Sous anesthésie générale on complète manuellement la dilatation et on fait une épisiotomie. On extrait un gros garçon de 4 kg. 200. Mais l'enfant a été retenu un moment tête dernière par le col et peut-être par un promontoire très saillant. L'enfant est en état de mort apparente. Le cœur bat mais il n'y a aucun mouvement respiratoire. L'enfant succombe après une demi-heure de soins.

Hémorragie de la délivrance nécessitant une délivrance artificielle.

OBSERVATION N° 9 (Docteur LEROUX)

Mme Ch..., 26 ans, VI pare.

Le 5 premiers accouchements ont donné :

— 2 enfants morts et macérés.

— 1 fausse couche.

— 1 césarienne avec enfant vivant pour un sommet.

— 1 version avec grande extraction du siège. Enfant mort par rétention de la tête dernière.

Le 12 avril 1942, entre à la clinique. Pendant la grossesse, la présentation a été longtemps transversale. A son arrivée œuf ouvert depuis plusieurs heures. Présentation : sommet très élevé et mobile. Liquide teinté de méconium. La notion des antécédents pousse à pratiquer une césarienne.

Enfant vivant. Poids 3 kg. 500.

Suites opératoires normales.

Toutes ces observations nous montrent combien, en certains cas, l'accouchement du siège par les voies basses peut être grave surtout pour l'enfant.

Dans l'observation n° 1, il a été très difficile de ranimer l'enfant retenu tête dernière et pourtant c'était un enfant de 2 kg. seulement.

Dans l'observation n° 2 un état prééclampgique aggravait la dystocie.

Dans l'observation n° 5, malgré le petit volume de l'enfant, l'extraction a été très difficile chez une femme à bassin légèrement rétréci. La prudence recommanderait de recourir à une césarienne en cas de grossesse ultérieure.

L'observation n° 7 montre que le premier accouchement a été un siège sans doute en raison du volume excessif de l'enfant et d'un bassin légèrement rétréci. Cette notion a servi pour nécessiter une césarienne pour le dernier accouchement.

Dans l'observation n° 8, l'expérience malheureuse des deux derniers accouchements obligera presque à une césarienne si une présentation-semblable se reproduit.

Enfin, dans l'observation n° 9, c'est également la notion d'antécédents qui guida l'intervention césarienne puisque dans l'accouchement précédent l'enfant était mort par rétention de la tête dernière à la suite d'une version par manœuvres internes.

Voici maintenant quelques observations de présentations dystociques du siège terminées par des manœuvres chirurgicales.

OBSERVATION N° 1 (Docteur LEROUX)

Mme G..., 28 ans, I pare.

Entre le 1^{er} juin 1937, à 20 heures. Dilatation : 50 centimètres; col permettant l'introduction du doigt. Présentation du siège complet. Bruits du cœur très bons.

Le lendemain à 8 heures, dilatation à 2 francs, bruits du cœur très bons. Poche des eaux intacte mais le cordon est perçu à travers les membranes et ne bat pas. Battements perçus quelques minutes après mais assez faiblement. Une césarienne est décidée. Césarienne basse segmentaire sous rachi-anesthésie. Le fœtus est à cheval sur le cordon. Enfant du sexe masculin. Poids 3 kg.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° II (Docteur LEROUX)

Mme D..., 32 ans, I pare.

Entre le 13 septembre 1938 amenée par le Docteur EZANO de Saint Mars du Désert. La poche des eaux s'est rompue à 14 heures, laissant écouler un liquide abondant teinté de méconium. A l'examen, présentation du siège décomplété mode des fesses en S. I. D. P. Bruits du cœur excellents. Col très flasque ayant encore une certaine longueur, pratiquement à dilatation complète. Mais parties molles très résistantes ne prêtant aucunement et rendant difficile l'exploration du pelvis osseux. On a l'impression d'une cavité pelvienne un peu rétrécie. Le siège est fixé sur le bassin mais nullement engagé. Il est probable que l'engagement sera très lent et

que l'extraction fera courir un risque considérable à l'enfant. Une césarienne est décidée. Césarienne basse à l'anesthésie locale.

Enfant normal, sexe féminin. Poids 3 kg. 550.

L'enfant présente une très grosse déformation céphalo-cervicale en particulier un enfoncement de la région sous-maxillaire et une asymétrie faciale très prononcée.

Suites opératoires un peu fébriles mais bonnes.

OBSERVATION N° III (Docteur LEROUX)

Mme L..., 20 ans, I pare.

Malade en travail. Vue le 15 novembre 1939 à 8 heures. Présentation du siège complet non engagé. Dilatation à 2 francs et présence d'une anse de cordon au milieu des petits membres. Membranes intactes. On a l'impression d'un bassin rétréci et d'un enfant volumineux. Dans les conditions de cette dystocie complexe, on se décide à ne pas faire l'épreuve du travail et à faire une césarienne immédiate.

Césarienne basse segmentaire sous rachi-anesthésie.

Extraction facile d'un enfant assez volumineux à cheval sur le cordon. Poids 3 kg. 950.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° IV (Docteur LEROUX)

Mme P.!, 30 ans VI pare.

— Quatre premiers accouchements normaux.

— Cinquième accouchement — enfant mort, né à 7 mois, macéré.

— Entre le 25 juillet 1940 à la Maternité clinique. Membranes rompues depuis 36 heures. A 9 heures œdème très important de la lèvre postérieure du col, œdème moins important de la lèvre antérieure. On reconnaît en avant une masse qui est une hanche. Présentation très élevée. Le bassin semble un peu rétréci, on bute assez facilement sur le promontoire. A 11 heures, la présentation n'a pas bougé, l'œdème du col a un peu augmenté. Césarienne basse segmentaire sous rachi-anesthésie. Extraction difficile des bras et surtout de la tête dernière qui est incarcérée par l'anneau de Bandl.

Enfant bien vivant du sexe masculin. Poids : 3 kg. 900.

Suites opératoires : désunion des points séparés aponevrotiques au moment de l'ablation des agrafes. Reprise aux crins sous anesthésie générale. Suites satisfaisantes.

OBSERVATION N° V (Docteur JARROUSSE)

Mme H..., 30 ans, I pare.

Entre le 13 mars 1941. Début du travail le matin même. Présentation par le siège complet. Bassin généralement rétréci. On décide l'intervention sans même tenter l'épreuve du travail.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie.

Enfant vivant du sexe masculin. Poids 3¹/₂ kg. 200.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° VI (Docteur LEROUX)

Mme M..., 25 ans, II pare.

— Premier accouchement en 1939. Césarienne pour bassin généralement rétréci. Présentation du sommet. Enfant 4 kg. 250.

— Revient le 26 avril 1942. Examinée à 12 heures 30, elle est en travail depuis 2 heures. Col dilaté à 5 francs. Poche des eaux intacte. Présentation du siège. Bruits du cœur normaux. La femme souffre de façon subintranée. La hauteur utérine atteint 42 cm. Le volume fœtal semble très important.

En raison de la césarienne précédente et du volume de l'enfant, on décide l'intervention immédiatement. Césarienne basse sous rachi-anesthésie. Résection de la cicatrice antérieure. Abdomen libre sans aucune adhérence. Le lambeau péritonéal supérieur doit être largement dépassé par l'incision d'hystérotomie. Extraction d'un fœtus volumineux qui respire immédiatement. Poids 4 kilos 300. Bipariétal : 10 cm. 5.

Suites opératoires : hémorragie grave avec écoulement de caillots abondants dans la soirée de l'opération. La femme sort le 6 mai 1942 dans un état satisfaisant.

OBSERVATION N° VII (Docteur LEROUX)

Mme S..., 40 ans, primipare.

Le docteur LEROUX voit la malade le 6 avril 1942 à 11 heures en consultation chez elle avec son médecin le Docteur GUILLON. Le travail a commencé depuis au moins

12 heures. Œuf ouvert depuis le matin. Dilatation à 5 francs. Col épais et assez résistant. Présentation du siège décomplété mode des fesses. Le bassin osseux paraît nettement rétréci, type aplati et généralement rétréci. La malade est transportée à la clinique où l'on poursuit l'épreuve du travail jusqu'à 15 heures. Comme il n'y a aucun progrès dans la dilatation ni descente du siège on décide d'intervenir.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie. Extraction d'un enfant de 3 kg. 250 bien vivant dont la tête présente un état de distorsion latérale très accentuée avec sur la moitié droite du cou et dans la région sous-angulo-maxillaire une profonde dépression causée par l'épaule sur laquelle la tête était inclinée. Il existait un état d'oligoamnios. Cette déformation de la tête ne s'est pas effacée dans les jours qui ont suivi.

Suites opératoires légèrement infectieuses mais bonnes.

OBSERVATION N° VIII (Docteur JARROUSSE)

Mme P..., 31 ans, 1 pare.

Entre à la clinique le 19 avril 1942. Poche des eaux rompue depuis 2 heures. Présentation du siège extrêmement élevée. Aucun début de travail. Au toucher bassin rétréci, diamètre promonto-pubien : 9 cm. D'autre part, fait important, la malade déclare qu'elle ne veut pas qu'on fasse courir le moindre risque à son enfant.

A 22 heures on pratique une césarienne supra-symphysaire selon la technique habituelle sous rachi-anesthésie.

Enfant bien vivant. Poids 3 kg. 500. Présentant une déformation typique de la tête.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° IX (Docteur JARROUSSE)

Mme G..., 32 ans, III pare.

— Une fausse couche de 2 mois 1/2 en 1937.

— Une fausse couche de 4 mois 1/2 en 1939.

— Entre à la clinique le 4 décembre 1940 souffrant tous les quarts-d'heure. Au toucher col entr'ouvert, présentation du siège. Le bassin semble un peu rétréci : promonto-sous-pubien 10,5; l'excavation semble bonne. Bruits du cœur bons. La malade âgée de 32 ans, sans enfant est très désireuse d'avoir un enfant vivant et opte pour la césarienne. Césarienne basse, technique habituelle. On extrait une fille bien vivante avec trois circulaires autour du cou. Poids 3 kg.

Le placenta est « incréta », très difficile à extraire, on ne l'enlève qu'en le sculptant dans le muscle utérin. Cette manœuvre donne lieu à une hémorragie assez sévère suivie d'un shock sérieux.

Néanmoins la maladie guérit et sort en bon état.

OBSERVATION N° X (Docteur LEROUX)

Mme B..., 30 ans, I pare.

Présentation du siège dans un bassin légèrement rétréci. Après épreuve du travail prolongée sans résultat,

on pratique une césarienne basse selon la technique habituelle.

Enfant bien vivant, sexe masculin. Poids 3 kg. 350.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° XI (Docteur LEROUX)

Mme G..., 37 ans, II pare.

— Premier enfant en août 1936 par césarienne haute pour bassin rétréci avant tout début de travail, faite par le Docteur PLAISANT du Mans. Gros enfant vivant de 4 kg. L'opération a été suivie d'hémorragie, de péritonite plastique et de phlébite gauche.

— Entre à la clinique le 2 juin 1940. Col à peine effacé, pas de dilatation. Bruits du cœur bons. Poche des eaux intacte, mais présentation du siège.

Dans la soirée, dilatation 50 centimes.

Le 3 juin : 10 heures : dilatation 1 franc; 17 heures : dilatation 5 francs; 22 heures : même dilatation. On fait une injection de spasmalgine.

Le 4 juin : 7 heures : dilatation complète. Le siège est en mode décomplété, élevé, non engagé. Le bassin paraît étroit, l'enfant assez volumineux. On craint une extraction difficile en raison de la résistance par parties molles qui sont celles d'une primipare. On craint aussi la qualité douteuse de la césarienne haute. Pour ces raisons on pratique une césarienne basse sous rachi-anesthésie : laparatomie sous-ombilicale, résection de la cicatrice, taille de lambeaux péritonéaux, section césarienne

basse. Fœtus vivant qui ne pèse que 2 kg. 900. Suture utérine, libération de plusieurs franges épiploïques adhérentes sur la cicatrice utérine ancienne, déprimée et amincie.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION N° XII (Docteur LEROUX)

Mme C..., 40 ans, IV pare.

— Deux fausses couches.

— Un enfant mort-né par césarienne. Ce décès a d'ailleurs été tout à fait inexpliqué. L'examen histologique du placenta fait à ce moment a montré une transformation fibreuse de ce placenta. D'autre part, l'enfant se présentait en épaule. Enfin, la femme qui avait eu ses dernières règles le 12 juillet 1939 n'est entrée en travail que le 12 juin 1940, c'est-à-dire après 10 mois 1/2 de grossesse.

— Entre à la clinique à terme. Enfant de volume moyen. Présentation du siège, dos à droite. Bruits du cœur bien perçus. Au toucher on atteint facilement le promontoire. Promonto-sous-pubien : 9 cm. 5. D'autre part, lors d'un premier curettage, le Docteur LEROUX a constaté l'existence d'un éperon du fond utérin divisant très profondément la cavité utérine en deux parties. La présence de cet éperon a été confirmée, par la vue, au cour de la césarienne de 1940.

Quoi qu'il en soit, pour éviter tout danger de mort de l'enfant, on décide d'intervenir délibérément avant tout début de travail et pour diminuer encore le risque on

choisit l'anesthésie locale. L'opération césarienne basse est donc menée tout entière à locale. On extrait un enfant de 3·kg. 400 qui crie immédiatement.

Malade nullement choquée et qui a très peu souffert pendant son opération.

Suites opératoires normales.

Ainsi qu'on le voit, dans tous les cas qui font l'objet de cette deuxième série d'observations les mères et les enfants ont quitté l'hôpital ou la clinique bien portants et les suites de couches ont été, la plupart du temps, simples. La mortalité a été nulle.

La morbidité maternelle n'a jamais été inquiétante :

— deux ont eu des suites opératoires légèrement fébriles mais passagères.

— une a fait une désunion des points aponévrotiques, facilement repris secondairement.

— deux autres, enfin, ont fait une hémorragie le soir de l'intervention, mais cette hémorragie a été bénigne et sans lendemain.

Dans tous les cas où la césarienne a été pratiquée il s'est agi d'opérations basses segmentaires et non corporéales ou corporéo-segmentaires.

Toutes, sauf deux à l'anesthésie locale, ont été pratiquées sous anesthésie rachidienne. Cette rachianesthésie par dérivés cocaïniques nous a rendu l'intervention particulièrement aisée et peu choquante.

DIAGNOSTIC DE « SIEGE DYSTOCIQUE »

Nous avons sélectionné vingt et une observations de sièges dystociques. Il est difficile d'attribuer un pourcentage de dystocie aux présentations du siège en général dans une pratique telle que celle d'une maternité ou d'une clientèle de spécialistes qui sélectionne à l'avance les cas difficiles. C'est pourquoi il ne faudrait pas généraliser à tous les sièges une étude telle que celle-ci qui ne s'applique qu'à des cas en somme très limités. Ce que nous avons voulu surtout démontrer, c'est que, parmi les sièges, certains constituent des dystocies très sérieuses qu'il serait imprudent de penser résoudre par la grande extraction classique.

Les éléments qui permettent de classer telle présentation du siège en présentation dystocique sont variables et c'est l'examen clinique approfondi, doublé d'une expérience irremplaçable qui permettra d'apprécier la gravité de la situation. Il est donc essentiel de savoir analyser quels sont les éléments de siège dystocique.

Ces éléments peuvent se classer en éléments ovulaires et fœtaux et éléments maternels.

A. — *ELEMENTS OVULAIRES ET FŒTAUX.*

1°) *Le volume de l'enfant* est un facteur dont on doit tenir compte. Le gros enfant pose déjà des problèmes dans les présentations du sommet. On est parfois obligé de passer par la voie haute, même avec des bassins normaux, le problème étant sensiblement le même qu'avec un enfant normal dans un bassin rétréci. Dans le cas de présentation du siège le problème est encore plus complexe; d'autant plus difficile que l'épreuve du travail est pratiquement impossible et que, lorsque la tête dernière sera en présence du détroit supérieur il sera trop tard. On sera alors obligé parfois de terminer par une basiotripsie souvent très difficile et parfois accompagnée de lésions du vagin et du périnée. *

Dans notre observation n° VI (deuxième série) il s'agissait d'un enfant de 4 kg. 300 avec bipariétal mesurant plus de dix centimètres. Il est bien évident que, dans ce cas, une tentative d'extraction par voie basse aurait été bien imprudente.

2°) *L'attitude du fœtus* est aussi un élément important; *la variété du siège* complet ou décomplété, *la position* droite ou gauche, *le degré d'engagement*, tout cela a son importance. Un siège décomplété est plus

grave qu'un siège complet, les membres inférieurs formant attelles auprès du tronc et gênant la descente, mettant obstacle au mouvement d'incurvation latérale que doit accomplir le fœtus pour passer de l'axe du détroit supérieur dans l'axe du détroit inférieur. BRINDEAU recommande toujours la plus grande méfiance pour un siège décomplété qui ne s'engage pas malgré la rupture de la poche des eaux et travail avancé.

La position du dos à droite semble plus dangereuse que celle du dos à gauche, probablement pour les mêmes raisons que dans la présentation du sommet.

3°) *La rupture prématurée des membranes* est un facteur de gravité non négligeable. Si la poche des eaux se rompt avant dilatation complète, comme le fait se produit souvent dans la présentation du siège surtout chez les primipares, c'est là une cause de souffrance du fœtus, sans parler du risque d'infection si le travail se prolonge.

4°) *La procidence du cordon* si fréquente dans la présentation du siège, sera aussi un facteur associé de dystocie.

Dans l'observation n° 8 (première série) c'est elle qui nous a obligé à hâter l'extraction avant dilatation complète et a entraîné la mort de l'enfant.

Dans l'observation n° 1 (deuxième série) c'est un procubitus du cordon avec battements à peine perçus qui a entraîné la césarienne.

5°) *La quantité de liquide amniotique.* L'oligoamnios est toujours un facteur de gravité dans les présentations du siège. On peut parfois s'en rendre compte dès la simple inspection: l'utérus est comme vertical, rigide, cylindrique, semble moulé sur le fœtus qu'il « gante » étroitement. La palpation aidera à l'appréciation du volume de l'œuf et de la quantité de liquide.

Il est à remarquer que dans plusieurs de nos observations le crâne de l'enfant avait subi de grosses déformations dont la plupart ont été durables. Le fait est classique dans la présentation du siège. Il semble bien que ces déformations soient dues à l'oligoamnios qui, dans bien des cas, contrairement à l'opinion classique, coïncide avec la présentation pelvienne. Dans plusieurs de nos observations il y avait, en effet, oligoamnios, le fait est intéressant à noter.

B. — *ELEMENTS MATERNELS.*

1°) On devra d'abord s'enquérir des *antécédents obstétricaux* de la femme : les accouchements précédents, les fausses couches, les enfants morts. La notion des dégâts périnéaux résultant d'un premier accouchement a aussi son importance.

Dans plusieurs de nos observations ce sont de tels antécédents fâcheux qui ont parfois décidé de l'intervention opératoire.

Notons en passant qu'on pourra parfois avoir dans les *antécédents généraux* de la femme des notions de maladies de cœur ou d'atteintes pulmonaires qui dans les présentations du siège comme dans toute autre présentation peuvent avoir leur intérêt.

2°) *L'âge de la femme.*

Le pronostic est particulièrement sombre chez les femmes âgées: les parties molles manquent de souplesse, l'utérus se contracte mal; ce sont parfois des obèses, à cœur fatigué, avec gros œdèmes, qui supportent mal l'accouchement. La rupture prématurée des membranes est fréquente ce qui entraîne une lenteur de la dilatation. Les résultats sont le plus souvent désastreux.

3°) *La parité.*

C'est une notion classique que l'accouchement est plus grave chez la primipare surtout la primipare âgée à parties molles résistantes. Signalons dans ce cas l'intérêt de l'épisiotomie que l'on pourra pratiquer systématiquement dans les sièges difficiles.

Chez la primipare âgée, le facteur moral est aussi d'importance. Chez ces femmes près de la ménopause une nouvelle grossesse est assez improbable et elles désirent que l'on mette tout en œuvre pour avoir un enfant vivant. C'est parfois une indication suffisante de l'opération césarienne.

Dans nos observations n° VIII et IX (deuxième série) ce sont les malades elles-mêmes, primipares de 31 et 32 ans, qui ont sollicité une césarienne pour éviter de faire courir le moindre risque à leur enfant.

4°) *Les anomalies de la dilatation.*

Nous avons vu que dans la présentation du siège, surtout du siège décomplété, les contractions utérines ont tendance à être inefficaces, irrégulières, spasmodiques. La dilatation peut rester stationnaire, il y a parfois œdème du col. Des signes de souffrances fœtale apparaissent. Ce sont parfois de telles indications qui devront faire recourir à la voie haute en présentation du sommet; à plus forte raison de telles anomalies sont des indications opératoires dans la présentation du siège.

Dans notre observation n° 4 (deuxième série), c'est un œdème du col avec une dilatation qui n'avancait pas qui nous a fait décider la césarienne.

5°) *Les tumeurs ou malformations utérines.*

Les fibromes proevia en particulier sont souvent cause de dystocie et on risque en les négligeant de voir la tête dernière arrêtée par le fibrome au-dessus de l'excavation.

Les utérus doubles, les utérus cordiformes ou à éperon sont souvent à l'origine de la présentation dys-

toïque et l'aggravent. L'observation n° 12 (deuxième série) est un exemple typique d'utérus à éperon.

Les utérus infantiles bien souvent accompagnés d'atrésie des parties molles rendent l'extraction du fœtus bien aléatoire et on risque de voir se rompre cet utérus malformé avec peut-être un éclatement du vagin.

6°) *Les dystocias osseuses associées.*

C'est là un des éléments les plus intéressants. On peut diviser schématiquement les bassins rétrécis en deux catégories: les bassins très rétrécis et les bassins moyennement rétrécis dit bassins « limite ».

Les premiers ne nous intéressent pas. Ce sont des bassins chirurgicaux qui commandent la césarienne basse exécutée à terme quelle que soit la présentation.

C'est pour les bassins « limite », ceux où il y a doute, que la question est intéressante. On sait que dans de tels bassins, en cas de présentation du sommet, c'est par l'épreuve du travail qui permet la confrontation dynamique entre le mobile céphalique et le canal pelvien que l'on se rend compte de la perméabilité du bassin. En cas de siège, cette épreuve du travail n'a de valeur que limitée aux possibilités de dilatation du col et d'engagement du siège. Mais on sait que dans le siège les difficultés vont croissantes de l'extrémité pel-

vienne au passage des épaules et du diamètre biacromial au couronnement de la tête. Or, on n'a actuellement aucun procédé pour apprécier exactement le volume de la tête d'un enfant se présentant par le siège. Il est donc nécessaire, lorsqu'on a affaire à un siège chez une primipare atteinte de bassin rétréci, de savoir apprécier avec une exactitude aussi grande que possible les dimensions du bassin. C'est ici que l'exploration manuelle du bassin osseux s'imposera dans toute sa rigueur et qu'il faudra explorer non seulement le promontoire et le sacrum, mais encore l'arc postérieur du pubis et la saillie des épines sciatiques (détroit moyen de BRINDEAU. Enfin, il sera très important de différencier les bassins dits canalicules des bassins annelés et aussi le bassin aplati du bassin généralement rétréci. Il était de notion classique (école de BUDIN) de dire que le fœtus passait mieux tête dernière que première dans les bassins aplatis. Il ne faut pas dédaigner la part de vérité qui existe dans cette assertion mais il ne faut pas non plus s'y fier aveuglément en cas de gros fœtus.

En somme, le diagnostic de la dystocie du siège, et c'est la notion sur laquelle nous avons voulu insister apparaît comme un œuvre complexe dont l'appréciation est faite de la confrontation à la lueur de l'expérience des différents éléments que nous venons d'énumérer.

CONDUITE A TENIR

En possession de tous ces éléments qui permettent de différencier les bons et les mauvais sièges, il sera plus facile de se tracer une ligne de conduite devant les différents cas qui peuvent se présenter.

Premier cas. — La dilatation est en train de s'effectuer et s'effectue bien, le segment inférieur est bien formé, les contractions sont assez régulières et efficaces, les parties molles sont souples, le bassin est normal. Le pronostic est bon. On laisse évoluer le siège. Si rien ne s'oppose à la sortie du fœtus, on pourra injecter à dilatation absolument complète, deux unités de pituitine. On y adjoindra au besoin une épisiotomie trophylactique. Le dégagement de la tête dernière sera fait à l'aide de la manœuvre de Moriceau, accompagnée d'une expression abdominale sans violence.

Deuxième cas. — La dilatation est incomplète, le fœtus souffre ou bien le travail ne progresse plus. La poche des eaux est rompue depuis longtemps. Le siège reste élevé, les contractions sont inefficaces ou bien s'espacent, en tout cas la dilatation ne progresse plus

et souvent même le col s'épaissit, s'œdématie. Que faire dans ces conditions ?

Le mieux est peut-être d'attendre après avoir injecté un antispasmodique. Assez souvent on voit après un certain temps le travail reprendre plus correctement, la dilatation se compléter. Mais cette attente doit être réduite. L'opération césarienne doit être décidée si le siège ne s'engage pas. On pratiquera même d'emblée cette intervention chez une primipare qui veut à tout prix avoir un enfant vivant.

Troisième cas. — Un facteur de dystocie est associé: bassin rétréci par exemple.

En cas de disproportion légère entre la tête et le bassin, la pelvitomie permet parfois d'améliorer un peu les dimensions du bassin. Mais combien de fois cette pelvitomie n'est-elle pas suivie d'incontinence d'urine, de déchirure vaginales graves, de fistules urinaires, de troubles de la marche ,

Devant ces résultats aléatoires c'est encore à la césarienne segmentaire que l'on aura plus volontiers recours dans ces bassins limite pour lesquels avec une présentation du sommet on aurait dû faire une épreuve du travail. Là encore, si la femme attache un grand prix à la vie de son enfant, il ne faut pas attendre et faire une césarienne en quelque sorte prophylactique.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude sont les suivantes :

I. — Dans l'accouchement du siège, la statistique de morbidité et surtout de mortalité fœtale donne encore actuellement des chiffres relativement très élevés. Ce sont ces cas qui constituent les « dystocies du siège ».

II. — Les raisons principales de cette gravité du pronostic sont la méconnaissance des causes de cette dystocie et la tendance trop généralisée encore à vouloir toujours extraire l'enfant par les voies naturelles. Nous avons analysé à la lueur de vingt et une observations originales les principaux éléments de gravité de cette dystocie. Ces éléments sont de deux ordres :

A. — Eléments ovulaires et fœtaux :

- 1°) Le volume de l'enfant.
- 2°) La variété du siège : le siège décomplété étant facteur de gravité.
- 3°) La rupture prématurée des membranes.
- 4°) La procidence du cordon.
- 5°) L'oligoamnios.

B. Éléments maternels:

1°) Les antécédents généraux et obstétricaux de la parturiente.

2°) L'âge de la femme: plus la femme est âgée, plus le pronostic est sévère.

3°) La parité: gravité plus grande chez la primipare. Influence du facteur moral.

4°) Les anomalies de la dilatation.

Les tumeurs ou malformations utérines.

Les dystocies osseuses associées.

III. — L'appréciation de ces éléments constitue tout le problème de la dystocie du siège, problème d'ailleurs difficile.

IV. — Un des meilleurs moyens de parer à toutes les complications de cette dystocie est l'utilisation de l'opération césarienne basse, opération actuellement bien au point à mortalité très faible.

La notion de cette bénignité de la césarienne basse doit entrer peu à peu dans l'esprit du public. Elle est déjà mieux acceptée qu'autrefois, réclamée même parfois chez les primipares qui attachent un grand prix à la vie de leur enfant.

Vu

Vu

Le Doyen :

Le Président de la Thèse :

BAUDOUIN

PORTES

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI. — Le Indicazioni attuali del taglio cesario.
- ALVAREZ (Ricardo). — L'opération césarienne basse à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. (*Thèse*, Paris, 1929).
- ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse. Ses indications. Ses résultats d'après 32 observations personnelles. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 15 avril 1928).
- ANDERODIAS et PERY. — Les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège. (*Gynécologie et Ostétriologie*, août 1935).
- APPLETON (P.). — Management of Breech delivery. (*Rhode Island*, 3 janvier 1933).
- AUTEFAGE. — Bassin rétréci, présentation du siège, césarienne basse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1932).
- BALARD. — Césarienne pour présentation du siège à répétition chez une grande multipare à fâcheux antécédents obstétricaux. (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, juillet 1922).
- BEGOUIN et ANDERODIAS. — Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome à nodules multiples et pré-

sensation du siège. (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1921).

BENZAKEN. — A propos d'un cas d'hystérectomie basse pour une présentation du siège chez une primipare. (*Thèse*, Lyon 1935).

BERTRAND. — Etude satistique et clinique de la présentation du siège à la clinique d'accouchement de la Faculté de Médecine de Bordeaux. (*Thèse*, Paris, 1925).

BONNARD. — Conduite à tenir dans la dystocie du siège. (*Thèse*, Alger 1936).

BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.

BRINDEAU et LANTUEJOUL. — Les indications de la césarienne basse dans la présentation du siège. (*Gynécologie et Obstétrique*, novembre 1935).

BROCHIER et MAGNIN (Lyon). — Les applications de forceps sur tête dernière. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1936).

BROUHA et BASTIN. — Présentation du siège avec vagin double. (*Bruxelles Médical*, août 1936).

BUE et PALLIEZ. — Peut-on améliorer le pronostic de la présentation du siège ? (*L'Echo Médical du Nord*, janvier 1936).

CASSARD-MOIR. — Pronostic dans la présentation des fesses. (*The Lancet*, novembre 1936).

DELMAS (Paul). — L'extraction par le siège. *La Sage-Femme et la puériculture*, janvier 1932).

DEMELIN. — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. (*Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 1923).

- DUBRIZAY et JANNIN. — Précis d'accouchement.
- GAUCHERAND et BROCHIER. — Des applications de forceps sur des présentations de siège engagé. (*La Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, avril 1934).
- GAUTHIER (P.). — Les déformations de la tête fœtale dans la présentation du siège. (*Thèse Paris*, 1935).
- GILBERT. — De l'extension des indications de la césarienne abdominale. (*Thèse, Paris* 1935).
- GOLDSTEIN. — Contribution à l'étude de la présentation du siège. Statistique de la Maternité de la Pitié de ces six dernières années. (*Thèse Paris*, 1936).
- GORDON, GARLICK et OGINSZ. — An analysis of 3301 breech deliveries in the hospital Brooklyn-New-York. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology Saint-Louis*, juillet 1934).
- HEILDER. — Quel est le danger principal dans la présentation du siège ? (*Wiener Klin. Woch.* avril 1936).
- JEANNIN. — La dystocie dans le siège décomplété mode des fesses. (*Journal des Praticiens*, Paris, 1924).
- JOURDAN. — Présentation du siège. Statistique de la Maison Maternelle Nationale de Saint-Maurice. (*Thèse, Paris*, 1940).
- LAFFONT. — Les bons et les mauvais sièges. (*Leçon clinique à la Maternité d'Alger*, 1934).
- LAFFONT et FULCONIS. — A propos d'une opération césarienne pour présentation du siège. (*Société d'Ob-*

stétrique et de Gynécologie. (Séance du 11 février 1933).

LANTUEJOUL. — Considérations sur la présentation du siège chez la primipare. (*Leçons de la Clinique Tarnier*, 1936).

LE BRAS. — Contribution à l'étude des indications de l'opération césarienne basse dans les présentations du siège. (*Thèse Bordeaux*, 1934).

LE LORIER. — Indications des pelvitomies. Choix du procédé. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925).

METZGER. — L'accoucheur moderne.

MOREAU (H.-G.). — La mortalité fœtale dans la présentation du siège. (*Thèse Paris*, 1921).

PORTES et MAYET. — Présentation du siège chez la primipare âgée. (*La Médecine*, 1935).

PINARD. — Traité du palper abdominal.

POULAIN (Yvonne). — Etude statistique de la présentation du siège pendant ces trois dernières années à la Clinique Tarnier. (*Thèse*, Paris 1926).

RASMUSSEN. — Etude statistique de la présentation du siège durant les années 1920-1921 au Rigs Hospital de Conpenhague. (*Acta Obstétrica et Gynecologica Scandinavia*, 1926).

REBEYROL. — Présentation du siège chez les primipares âgées. Indications chirurgicales et obstétricales. (*Thèse*, Paris 1939).

ROUGON. — Rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière. (*Thèse*, Montpellier, 1920).

STEPHAN. — Traitement des dystocies pelviennes à la Cli-

nique d'accouchement de Bordeaux. (*Thèse*, Bordeaux 1931).

STUDDIFORD. — Présentation du siège. (*Le Progrès Médical*, 15 avril 1933).

SUZOR. — Les difficultés de l'accouchement dans les présentations du siège. (*L'Hôpital*, juin 1927).

TUROTTE. — Accouchement par le siège. Pronostic fœtal. Statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. (*Thèse*, Paris 1938).

VACHER. — Présentation du siège décomplété mode des fesses chez la primipare. Etude statistique et thérapeutique. Lariboisière 1926-1936. (*Thèse*, Paris 1936).

VAUDESCAL. — Pronostic de l'accouchement par le siège. (*Leçons de la Clinique Tarnier*, 1930).

VERSTRAETE. — Les dangers et les complications de l'accouchement par le siège et leur traitement. (*Bruxelles Médical*, avril 1935).

VIGNES. — Présentation du siège. (*Progrès Médical*, Paris 1919).

VORON et BROCHIER. — Présentation du siège chez une primipare à bassin suffisant, gros enfant, césarienne basse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1934).

WESTMANN (Axel). — Présentation du siège à la clinique de Stockholm de 1916 à 1930. (*Acta Obstétrica et Gynécologica Scandinavia*, 1931).

